

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CYSTO-ADÉNOME
DES GLANDES SUDORIPARES
DE LA MARGE DE L'ANUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Novembre 1922

PAR

René-Jean DUCAU-MARTIN

Né à Bordeaux (Gironde), le 21 Octobre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. G. DUBREUIL, professeur, <i>Président.</i>	} <i>Juges.</i>
		DENUCE, professeur	
		ROCHER, agrégé	
		G. LACOSTE, ché des fonctions d'agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CYSTO-ADÉNOME
DES GLANDES SUDORIPARES
DE LA MARGE DE L'ANUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Novembre 1922

PAR

René-Jean DUCAU-MARTIN

Né à Bordeaux (Gironde), le 21 Octobre 1894



Examineurs de la Thèse {	MM. G. DUBREUIL, professeur, <i>Président</i> .	} Juges.
	DENUCÉ, professeur	
	ROCHER, agrégé	
	G. LACOSTE, ch ^é des fonctions d'agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BEGOLIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W.DUBREUILH
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT, PETGES, CARLES.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDERODIAS.
Thérapeutique et pharmacologie	CARLES.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	VENOT.	Chimie	RANGIER.
Accouchements	FAUGÈRE.	Vénérologie	PETGES.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Avec tout mon amour filial.

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de mon
affection et de ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MES AMIS

INTRODUCTION

Les hasards de la clinique mettent parfois les chirurgiens en présence de tumeurs de nature incertaine, mais dont les examens histologiques révèlent l'origine. C'est le cas pour certaines tumeurs d'origine sudoripare, dont le diagnostic est éclairé par l'examen microscopique. Elles sont, en effet, une rareté clinique et anatomo-pathologique. Il fut donné dernièrement à M. le D^r Loubat d'exciser une pareille tumeur, dont il nous a donné l'observation clinique. La pièce fut confiée, après ablation, à M. le Professeur G. Dubreuil, qui en fit un examen dont il a bien voulu nous communiquer le résultat.

Ce travail est donc fait surtout au point de vue histologique, ces tumeurs ne présentant, au point de vue clinique, rien qui les caractérise des tumeurs de la peau en général.

Il en est parmi elles de rares, tels les cysto-adénomes. C'est la publication d'une telle tumeur qui fait l'objet de notre travail.

Mais avant de l'exposer, qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde gratitude à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux.

Parmi eux il en est que nous avons approchés de

plus près, et qui ont droit plus particulièrement à notre reconnaissance.

Nous avons passé une année d'externat dans le service de M. le Professeur Chavannaz, dont nous avons apprécié les hautes qualités de chirurgien et retiré le plus grand profit de son enseignement clinique. Il nous a donné, en outre, de nombreuses preuves d'estime et d'amitié ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous remercions M. le Professeur Cruchet de la sympathie dont il nous a toujours fait preuve.

Nous avons retiré un grand profit de l'enseignement de M. le Professeur agrégé Carles, dont nous avons été l'externe quelques mois. Il a toujours eu pour nous la plus grande bienveillance, et nous sommes heureux de lui en exprimer notre sincère reconnaissance.

M. le Dr Loubat, chirurgien des Hôpitaux, dont nous avons apprécié, dans le service de M. le Professeur Chavannaz, la haute compétence et une amabilité charmante, nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a aidé de ses conseils. Nous tenons à lui adresser tous nos remerciements.

Enfin, M. le Professeur G. Dubreuil nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Il nous a guidé de ses conseils et toujours accueilli avec la plus grande bienveillance. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre très respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

Il y a longtemps que l'on a supposé que certaines tumeurs de la peau étaient d'origine glandulaire. On en eût la preuve par le microscope. Ce n'est que vers 1845 que Lebert entrevit que les glandes de la peau peuvent concourir à la formation des masses épithéliales qui constituent les cancroïdes. Il émit, à propos d'un cas publié par Rouget, l'opinion qu'il s'agissait d'un développement exagéré des glandes sébacées. Mais, à cette époque, les données de l'anatomie pathologique étaient insuffisantes pour déterminer, parmi les organes cutanés (glandes sébacées ou glandes sudoripares), ceux qui contribuaient à la formation des tumeurs. D'autre part, on admettait en général, avec Virchow, l'origine conjonctive des tumeurs, et on n'accordait aucune action de néoformation aux glandes de la peau.

Führer, en 1851, étudia chez un enfant des petites tumeurs de la nuque, auxquelles il attribua une origine glandulaire. Robin, en France, étudiant les hypertrophies glandulaires en général, pensa que la prolifération exagérée de leur épithélium, peut arriver à dépasser la membrane propre, et créer ainsi certaines tumeurs graves cutanées.

Malgré ces travaux, Klebs, Förster, Rindfleisch, Bil-

Iroth, croyaient avec Virchow, à l'origine conjonctive des tumeurs.

Ce n'est qu'en 1854, avec Remak et Verneuil, que commence l'étude des tumeurs des glandes sudoripares.

Remak établit à la suite de ses travaux, que toute tumeur épithéliale profonde de la peau, formée de cylindres renflés et de boyaux anastomosés est un « adénome » probablement d'origine sudoripare.

Verneuil, la même année, fit paraître ses remarquables recherches sur la pathologie de ces glandes. A côté du développement excessif des bourgeons interpapillaires qui produit le cancroïde superficiel, il reconnaît, avec Remak, qu'il existe une origine sudoripare. Mais à cette époque, les détails de structure de ces glandes n'étaient pas encore connus, et Verneuil considère comme glandes sudoripares modifiées et bourgeonnantes, les boyaux épithéliaux bosselés portant des bourgeons ou des ramifications.

Les idées de Verneuil sur la pathogénie de ces tumeurs sont celles que Robin avait formulées. Il y a d'abord une prolifération intense de l'épithélium glandulaire, avec formation de bosselures, de bourgeons latéraux, de ramifications ; c'est le stade que Broca appellera *Polyadénome*. Dans un deuxième stade, à la suite d'une irritation, ou simplement par les progrès de la prolifération, la distension exagérée de la membrane propre amène sa rupture ; l'épithélium s'infiltré dans les tissus : l'épithélioma est constitué. Cette théorie a été démontrée ultérieurement par les recherches de Robin et de Cornil pour certaines tumeurs de l'utérus, par les travaux de Malassez et Waldeyer pour les tumeurs du sein.

Verneuil décrit trois variétés d'altération des glandes sudoripares :

1° L'hypertrophie kystique, c'est-à-dire la dilatation des tubes avec production de liquide dans leurs cavités ;

2° L'hypertrophie générale, dans laquelle on constate à la fois l'augmentation de calibre des tubes, la formation d'éléments glandulaires nouveaux et une production concomitante très abondante de l'épithélium intérieur ;

3° L'hypertrophie avec mélange ou infiltration des cellules d'épiderme cutané, variété qui se rapproche beaucoup des productions dites cancéroïdes.

Verneuil et ses élèves publièrent toute une série d'observations et invoquèrent une origine sudoripare, d'après la lenteur de l'évolution clinique, et la présence des boyaux épithéliaux rappelant vaguement des tubes glandulaires déformés. La preuve scientifique n'en a pas été fournie.

Sous l'influence des idées de Verneuil, il fut publié un certain nombre d'observations de tumeurs dont l'origine sudoripare n'est pas démontrée, tels les cas cités par Molinier, Le Teinturier et Leroy, ou même très discutés comme ceux de Ovion, Chambard, Domec, Thierfelder, Lotzbeck, Hoggan.

On peut être persuadé, comme le dit Darier dans son étude sur l'épithéliome des glandes sudoripares, qu'un certain nombre de tumeurs étudiées par ces auteurs étaient bien d'origine sudoripare, « mais, du moment qu'il existe un doute à leur sujet, on ne peut plus s'appuyer sur ces faits pour établir la réalité de ce groupe de tumeurs ».

D'autres observations semblent plus probantes ; ce sont celles de Hénocque et Souchon, de Christot, de Chandelux, de Liénaux, de Jacquet et Darier.

D'autres auteurs, enfin, ont étudié méthodiquement l'origine des épithéliomes de la peau. Parmi eux, nous pouvons citer Thiersch, qui, en 1865, dans son important travail sur l'origine épithéliale du cancer, ne manque pas de signaler la part active que prennent quelquefois les glandes sudoripares au développement du cancéroïde de la peau.

Cornil, la même année, arriva à la même conclusion. Peu de temps après, il publia avec Ranvier le cas d'un épithéliome de la jambe, dans lequel on peut suivre en détail la transformation de ces glandes : « oblitération de la lumière centrale, dilatation irrégulière des tubes, disparition de la membrane propre, et bourgeonnement des masses épithéliales sous forme de cylindres pleins ».

Demouchy cite aussi quelques cas démonstratifs. Waldeyer confirme les résultats de Thiersch.

En 1889, Darier suivit, sur des coupes de tumeurs cutanées, la transformation épithéliomateuse des glandes sudoripares.

Campanini, en 1897, publie un cas de cysto-épithéliome de même origine.

Couvy, dans sa thèse, rapporte l'observation de MM. Villar et Sabrazès (adéno-épithéliome).

Tout dernièrement, MM. Grynfeldt et Aïmes ont publié une étude histo-pathologique fort détaillée de deux tumeurs cutanées : adéno-épithéliome sudorifère et adénocarcinome sudoripare.

L'origine sudoripare de certaines tumeurs cutanées, histologiquement malignes, est donc démontrée. Les néoplasies kystiques étaient moins bien connues, les cas publiés très rares. Notre travail a trait à ces dernières.

DES DIFFÉRENTS ADÉNOMES KYSTIQUES DES GLANDES SUDORIPARES.

Les adénomes kystiques des glandes sudoripares, se présentent, au point de vue clinique, sous deux formes : disséminée ou circonscrite.

La forme disséminée est constituée par des petites tumeurs, nombreuses, grosses comme une tête d'épingle ou un pois, parsemées avec prédilection sur certains territoires cutanés : la face, le cou, la poitrine.

La forme circonscrite se compose d'une tumeur unique, globuleuse, fluctuante, atteignant parfois le volume d'une noix.

Les symptômes de ces affections ne sont pas caractéristiques, mais l'étude histologique en est intéressante.

Forme disséminée

« Ce sont, dit Verneuil, de petites élevures molles, fluctuantes, sans changement de coloration de la peau, qui est amincie à leur niveau. »

Les noms sous lesquels on retrouve décrite cette for-

me, sont extrêmement variables : hydradénomes éruptifs, épithéliomes kystiques bénins, syringo-cystadénomes, cellulome épithélial éruptif bénin, épithélioma adénoïdes cysticum, nævi épithéliaux bénins.

Cette maladie ne fut décrite d'une façon distincte qu'en 1887, à la suite des travaux de Brocq et des examens histologiques de Balzer, et de Jacquet et Darier. L'année suivante, Unna en cita un cas dont l'examen microscopique fut fait par Tôrök. Depuis lors, un certain nombre d'observations fut publiée : (Quinquaud, Kaposi, Fordyce, Darier, Brooke, Philipson, Audry et Nové-Josserand, Politzer, Perry, Dubreuilh et Auché, etc.).

L. Bernard, dans le service de M. Brocq, eût l'occasion d'en observer un cas. Il en fit une étude détaillée et arriva à des conclusions histologiques intéressantes. En rapprochant les diverses observations publiées, il distingue plusieurs groupes :

Les adénomes kystiques bénins, constituant la forme la plus pure du syringo-cystadénome, caractérisés comme composés exclusivement de tubes analogues aux tubes sudoripares, avec dilatation kystique et dégénérescence colloïde.

Les adénomes sébacés purs avec kystes sébacés multiples.

Entre ces deux groupes, toute la série des cas intermédiaires où les lésions sont moins nettement orientées dans le sens sébacé ou sudoripare.

« Il nous semble, conclue-t-il, qu'on pourrait peut-être par analogie considérer les adénomes sébacés et le syringo-cystadénome comme étant deux formes ultimes d'une même série. Tous deux reconnaissent comme cause une malformation originelle. Ils sont dûs à une inclusion, pendant la période embryonnaire, de débris para-épithé-

liaux, qui restent stationnaires pendant un temps plus ou moins long, et conservent pourtant leur force virtuelle de prolifération. Celle-ci, sous des causes inconnues, se réveille tout à coup et donne lieu à l'éruption. Nous ignorons pourquoi ces débris se développent tantôt dans le sens des glandes sudoripares, tantôt dans celui des glandes sébacées. Mais nous ne savons pas davantage pourquoi, pendant la vie foetale, les bourgeons de l'épiderme donnent naissance à l'une ou l'autre variété de ces glandes. »

DU CYSTO-ADÉNOME PROPREMENT DIT DES GLANDES SUDORIPARES.

Verneuil, dans ses travaux sur la pathologie des glandes sudoripares, avait mentionné, comme nous l'avons dit plus haut, trois variétés d'altérations, parmi lesquelles l'hypertrophie kystique. Il publia en effet, en 1853, un cas de « kystes multiples dûs à la dilatation des glandes sudoripares ».

C'était chez un homme de 40 ans, qui portait à la partie supérieure du cou, une tumeur du volume d'une grosse amande. Elle était située au-dessous et un peu en arrière de l'apophyse mastoïde, sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, plus haut et plus en arrière que le bord postérieur de la parotide. Après ablation, Verneuil examina la tumeur. Ses conclusions ne sont pas d'une précision scientifique : « Il s'agissait donc évidemment d'un kyste ayant son point de départ dans une glande. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce genre de lésions ne laissent dans mon esprit aucun doute; mais cela n'est pas tout, et il faut déterminer le véritable point de départ. La dilatation kystique siège-t-elle dans quelque granulation écartée de la parotide ? Je ne le pense

pas. D'abord à cause du siège et de l'indépendance de la tumeur, puis par les caractères de l'épithélium nucléaire, qui diffère totalement de celui qui tapisse les culs-de-sac de la glande salivaire. Avons-nous affaire à une dilatation des follicules sébacés de la peau ? Mais la masse est bien évidemment sous le derme ; elle est formée de plusieurs poches, remplies d'un liquide aqueux entièrement dépourvu de graisse. Par élimination, nous arrivons à une opinion qui est pour nous presque une certitude. Les glandes sudorifères de la peau sont le siège d'une dilatation kystique. »

En 1877, Stilling donne un examen histologique peu concluant. Rien ne prouve que la tumeur était d'origine sudoripare ; car, outre qu'il n'a pas décrit les éléments caractéristiques permettant d'affirmer la structure des tubes sudoripares, il se base uniquement sur la présence de boyaux cellulaires, percés parfois d'une lumière centrale, groupés « au niveau du siège normal des glandes sudoripares ». « D'autant plus, ajoute-t-il, qu'il n'est plus possible de retrouver à cet endroit des glandes sudoripares qui devraient normalement s'y trouver. »

L'année suivante, Gambier relate l'observation d'une femme de 45 ans qui présentait une tumeur, grosse comme une noix, derrière la branche montante du maxillaire inférieur, survenue sans cause. La malade ne peut en préciser le début. L'accroissement fut lent. Cette tumeur était indolente, un peu fluctuante, irrégulière, bosselée. L'examen microscopique est tout à fait insuffisant.

Il en est de même de l'observation de Jupunoff.

Robinson, en 1897, rapporte le cas d'un enfant de 13 ans chez lequel existait, dans la peau de la paroi externe de l'aisselle, une petite tumeur, grosse comme une noisette, translucide. A la coupe, on trouve un kyste d'où s'échappe un liquide fluide et clair, sans trace de matière sébacée. L'examen microscopique montrait que la tumeur

était incluse dans le derme. Les espaces kystiques étaient tapissés par une couche de deux ou trois rangées de cellules épithéliales. En certains points, des excroissances papilliformes faisaient saillie à l'intérieur. Mais les caractères histologiques des éléments constitutifs de la tumeur ne permettent pas d'affirmer l'origine sudoripare.

Il faut arriver au travail de Colin pour avoir la première description rigoureuse, et la preuve de l'existence du cysto-adénome sudoripare.

Une femme de 46 ans entre à l'hôpital pour une tumeur du pli de l'aîne droite, dont le début remonte à 13 ans. Elle est indolore, assez mobile, souple, recouverte d'une peau normale. Il y a 2 ans, une érosion apparaît à la surface et il s'écoule, par cet orifice, un liquide plus ou moins abondant, tantôt seulement aqueux, tantôt comme mélangé d'eau et de sang, jamais lactescent. Par suite de l'écoulement irrégulier du liquide, la tumeur s'affaisse, mais elle reprend son volume au bout de 2 ou 3 jours, alors que son contenu s'est de nouveau accumulé. « Cette tumeur, adhérente à la peau, est longue de 10 centimètres et large de 4 dans sa plus grande dimension, de forme assez irrégulière, composée de deux parties séparées par un sillon; l'une, supérieure, correspondant à l'abdomen, est d'apparence kystique; l'autre, inférieure, correspondant à la cuisse, est de consistance plutôt fibreuse...

L'opération fut faite; la dissection de la tumeur fut longue et difficile, car il y avait des parties très adhérentes.

Examen microscopique : « Ce qui fait la caractéristique de la coupe, c'est le développement anormal des glandes sudoripares. Celles-ci commencent à apparaître au-dessous du derme, à quelque distance des glandes sébacées, normales en ces points. Elles se montrent avec leur aspect à peu près normal. La paroi de chaque tube est tapissée par un épithélium à cellules cylindriques, régulièrement disposées; la lumière de ces glandes est déjà un

peu plus large qu'à l'état normal : on croirait avoir affaire à la couche des glandes spéciales que l'on rencontre dans l'aisselle.

» Si on déplace la coupe vers la profondeur, on voit immédiatement commencer le développement kystique de ces glandes. Dans un îlot d'apparence lobulaire, les coupes de tubes sont moins nombreuses au milieu du tissu fibreux dissocié et légèrement enflammé; on dirait que plusieurs tubes sont devenus coalescents. La section de ces petites formations kystiques est ordinairement très régulière, ronde ou ovalaire; quelques-unes, cependant, ont une forme un peu moins simple et présentent des bords polycycliques. La lumière est occupée par une substance d'apparence mucoïde avec quelques noyaux épars, sauf près des bords, où se voient quelques cellules desquamées de forme polygonale ou ronde. La paroi de ces kystes est toujours tapissée du même épithélium cylindrique absolument semblable à celui des glandes sudoripares normales.

» Plus on s'enfonce dans la profondeur de la coupe et plus on voit se dessiner cette dilatation kystique progressive, de sorte que, sur cette seule préparation, il est possible de suivre tous les degrés depuis la glande sudoripare normale jusqu'aux dilatations les plus volumineuses de cette coupe, dont la lumière se voit à l'œil nu et peut atteindre jusqu'à un millimètre et demi de diamètre. La plupart de ces dilatations ont une forme régulière, arrondie, mais on en voit d'autres dont les parois fibreuses, toujours revêtues du même épithélium cylindrique, poussent de gros prolongements déchiquetés, papillaires, jamais bien fins, de sorte que la comparaison qui vient à l'esprit est absolument la coupe d'un kyste lacunaire d'un fibrome végétant du sein. » Même présence de cavités kystiques plus ou moins étendues sur une série de six autres coupes, sans rien de spécial.

Dernièrement, M. le Dr Loubat eut l'occasion d'observer une semblable tumeur.

M^{me} L..., 48 ans. Pas de passé pathologique. Cette malade a constaté, six ans auparavant, la présence sur le côté droit de l'anus, d'une petite tumeur prise d'abord pour une hémorroïde, du volume d'une petite noisette. Cette grosseur s'est développée régulièrement depuis, pour atteindre finalement le volume d'une grosse noix, sans gêner la malade autrement que par le volume de sa masse. Jamais de phénomènes douloureux, même pendant la défécation. Le 15 novembre 1921, la tumeur, qui était de consistance rénitente, s'ouvrit spontanément, et, par un petit pertuis gros comme une tête d'épingle, s'écoula un liquide jaune clair, légèrement filant. La malade, inquiétée par cet écoulement, consulta son médecin, qui la confia à M. Loubat.

Au moment de l'examen, la tumeur est flasque, aplatie, siégeant au niveau de la marge de l'anus, à la hauteur de la partie moyenne droite de l'orifice anal. Elle pend comme une vésicule vide, recouverte par une peau mince, légèrement pigmentée, mais qui paraît indépendante de la poche kystique. Cette tumeur est nettement en dehors du canal anal, en dehors du siège normal des hémorroïdes, et le toucher rectal ne permet de sentir aucun prolongement profond, aucune induration.

On porte le diagnostic de : kyste séreux juxta-anal sous-cutané.

La malade est opérée le 3 décembre 1921. On procède, sous anesthésie locale, à l'extirpation du kyste avec la peau qui recouvre la partie saillante. L'opération permet de constater que la tumeur est sous-cutanée, qu'elle respecte les plans profonds péri-anaux et le sphincter. La dissection est aisée et le kyste est enlevé en totalité, sans qu'on touche à la muqueuse anale. On suture. Les suites opératoires

toires furent simples. La guérison se produisit en 10 jours. Au bout de 10 mois, il n'y a pas eu de récurrence.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Dû à l'obligeance de M. le Professeur G. DUBREUIL.

La surface de la tumeur est revêtue de l'épithélium malpighien de la peau péri-anale.

Au-dessous de l'épithélium s'étend une poche kystique assez vaste, avec des diverticules et de véritables formations papilliformes. Cette poche est revêtue par un épithélium cubique ou cylindrique suivant les points, à 2 ou 3 couches de cellules. En certaines régions, l'épithélium a proliféré, pour former des boyaux presque libres dans les cavités des cloisons supportées par une mince lame conjonctive.

Le reste de la tumeur constitue la partie intéressante et la plus typique. Il est formé par la réunion en deux groupes assez distincts, quoique contigus, de cavités régulières ou anfractueuses. Chacun des deux groupes de cavités possède un épithélium caractéristique.

Une première catégorie de ces cavités est revêtue par un épithélium à deux couches : la couche interne est formée de cellules cubiques, cylindriques par endroits, relativement claires, avec un noyau ovalaire ou arrondi. En quelques points, l'épithélium se soulève en floccules qui festonnent les parois de chaque cavité. Jusqu'ici rien de bien typique, et le diagnostic reste hésitant.

Le second groupe de tubes ou de cavités a un revêtement caractéristique : au-dessus d'une vitrée épaisse, faite de substance collagène amorphe dans laquelle sont noyées des fibres élastiques fines et nombreuses, on trouve : 1° une rangée de cellules très basses, fusiformes, appliquées à la surface de la vitrée et parallèles les unes aux

autres; le protoplasma se colore fortement par l'éosine; on reconnaît, surtout dans les coupes obliques, des *cellules myo-épithéliales*; 2° une ou deux rangées de cellules cubiques hautes; leur noyau ressemble à celui des épithéliums malpighiens; le protoplasma est très finement spumeux et le pôle apical est bordé par une cuticule homogène épaisse, au point qu'on la voit rarement avec une telle netteté dans des préparations de glande normale.

Aucun doute n'est permis; la vitrée à fibres élastiques des glandes sudoripares (Nicolas et Favre), les cellules myo-épithéliales du tube excréteur de ces mêmes glandes (Ranvier, Renaut), les cellules épithéliales à cuticule bordant le pôle apical : tous ces faits entraînent la conviction que cette partie de la tumeur s'est développée aux dépens des tubes excréteurs d'une glande sudoripare.

Une fois averti, on reconnaît dans les autres régions les caractéristiques des tubes sécréteurs sudoripares, mais dilatés, élargis et développés en tous sens par le processus pathologique. Notamment les cellules sécrétantes claires, avec leur protoplasma plein de fines vacuoles, sont parfaitement reconnues.

Le tissu conjonctif intertubulaire est du type dermique, très riche en fibres élastiques. Il présente quelques signes d'inflammation, quelques régions infiltrées par des cellules plasmatiques, et quelques régions en dégénérescence dans lesquelles les colorations spécifiques montrent des amas de substance élastique, reliquats des fibres détruites.

Les caractères cytologiques (tels qu'on peut les trouver sur une pièce fixée à l'alcool) sont aussi nets que possible dans les deux parties de la tumeur. La région développée aux dépens du tube sécréteur a ses cellules sécrétantes caractéristiques, le noyau et le protoplasma sont identiques à ceux d'une glande normale. La forme des cellules seule

est variable; au lieu d'être toutes cubiques et régulières, elles sont souvent plus hautes que larges, et, sur les formations papilliformes, il n'est pas rare de leur voir affecter la forme prismatique haute.

De même pour la partie développée aux dépens du tube excréteur. Les cavités kystiques, les cloisons secondaires, portent des cellules cubiques ou prismatiques hautes; mais la forme importe peu, les caractéristiques majeures (noyau, protoplasma finement spumeux, cuticule apicale caractéristique) sont toujours présentes. La cuticule est même dans certains endroits excessivement développée; elle a, en épaisseur, le tiers ou le quart de la hauteur totale de la cellule.

Les cellules myo-épithéliales sont l'élément le plus caractéristique; peut-être, on doit le dire, c'est leur présence qui a orienté le diagnostic primitivement hésitant. On les voit rarement aussi nettes dans les glandes normales.

Cependant, cette tumeur diffère considérablement des adénomes sudoripares que l'on rencontre sur la surface cutanée. Cela tient vraisemblablement à ce qu'elle tire son origine des glandes sudoripares spéciales, dites glandes de Gay ou glandes circum-anales, de fort volume, à lumière large et à tube sécréteur à peine pelotonné.

En somme, pour celui qui se rapporte à ses souvenirs pour le diagnostic de cette tumeur, il est presque impossible de la définir. Les différentes interprétations qu'on a données au sujet de cette pièce en sont une preuve. Mais si l'on analyse avec soin les caractères cytologiques des éléments, le diagnostic d'origine s'impose: c'est une glande sudoripare exagérée, avec des parties dont l'origine est dans le tube sécréteur, d'autres qui viennent du tube excréteur. Il ne peut subsister aucun doute. Le diagnostic de nature de la tumeur se fait ensuite suivant les règles

ordinaires. On reconnaît alors facilement un adénome, avec dilatation considérable des cavités sécrétantes ou excrétautes, d'où : *adénome kystique des glandes sudoripares circum-anales* (glandes de Gay).

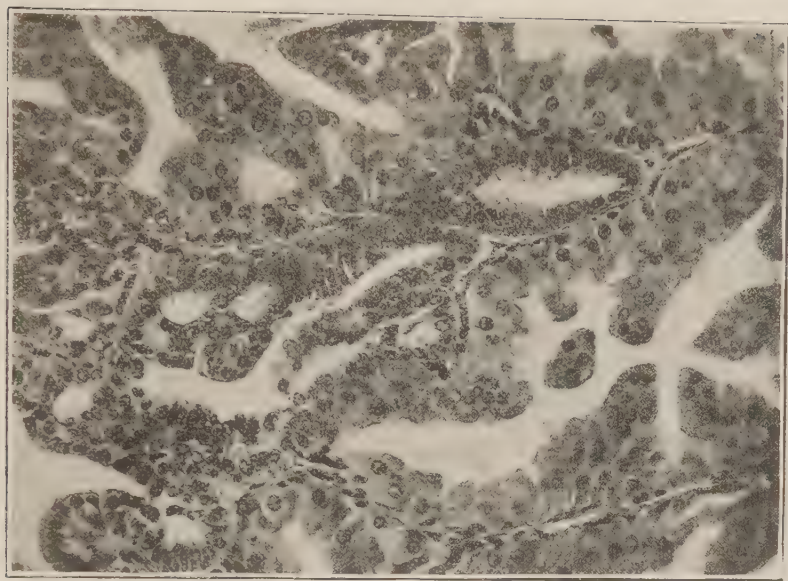


FIG. 1.

Cysto-adénome d'une glande sudoripare de l'anus.

On voit qu'il existe deux espèces de tubes ; l'une localisée à gauche et en bas, représente des tubes sécréteurs, l'autre, à la partie supérieure droite et inférieure, représente les tubes excréteurs. L'adénome est donc sur les deux types de l'épithélium glandulaire.

(Microphotographie. Grossissement moyen.)

N. B. — M. le Professeur Dubreuil a eu la très grande obligeance de nous communiquer cette microphotographie ; M. le D^r A. Beaudrimont a bien voulu dessiner les figures 2 et 3. Nous les prions d'accepter tous nos remerciements.



FIG. 2.

*Un tube de l'adénome de la fig. 1, appartenant au type
du tube excréteur.*

Sous la vitrée il existe de nombreuses cellules myo-épithéliales fortement colorées. Les cellules épithéliales portent la cuticule apicale caractéristique.

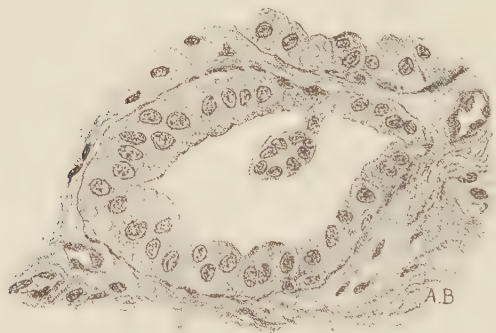


FIG. 3.

*Un tube de l'adénome de la fig. 1, appartenant au type
des tubes sécréteurs.*

CONCLUSIONS

Nous rapportons spécialement un cas d'adénome kystique des glandes sudoripares circum-anales.

Le diagnostic clinique est un diagnostic d'exception, bien difficile à établir de façon précise avant l'opération ou une biopsie. Peut-être aurait-on pu penser à un kyste juxta-intestinal développé aux dépens de la portion terminale du rectum. Mais les travaux de Terrier et Lecène sur cette affection, nous apprennent que ces néoplasies, en particulier les kystes lymphatiques, se développent dans l'épaisseur du mésentère ou des mésos, et que l'examen histologique montre la présence d'un épithélium cylindrique souvent caliciforme, avec invaginations pseudoglandulaires et villosités à l'intérieur.

Le diagnostic microscopique, dans le cas qui nous occupe, se fait par l'étude cytologique des éléments de la tumeur. La partie sécrétante et la partie excrétaute de la glande ont donné l'une et l'autre des adénomes contigus à peine mélangés. Les caractères structuraux : *vitrée*, *cellules myo-épithéliales*, *cellules sécrétantes* ou *excrétantes* sont d'une netteté parfaite et ne laissent aucune place au doute.

Cet adénome de glande sudoripare, si différent de ceux que l'on rencontre sur la surface générale de la peau, est probablement dû à ce que les glandes circum-anales sont particulièrement développées à l'état normal; les formations pathologiques bénignes qui en dérivent peuvent donc avoir aussi un développement plus considérable que celui que l'on observe dans les glandes sudoripares communes.

L'évolution des cysto-adénomes sudoripares est très lente, leur bénignité reconnue depuis longtemps. Cependant, on doit craindre une transformation épithéliomateuse maligne. C'est la raison pour laquelle s'impose le traitement chirurgical : il faut procéder à l'ablation de la tumeur.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut enfin insister avec MM. Grynfeldt et Aimes sur la nécessité d'un examen histologique complet et précis. A la notion qui consistait à conclure à l'origine sudoripare d'une tumeur, en présence de tubes dont la paroi est formée de deux assises cellulaires, il faut substituer une formule plus large et plus précise. « La nature sudoripare d'une néoplasie est démontrée avant tout par la présence, dans les formations épithéliales, canaliculées ou massives, des deux catégories cellulaires caractéristiques : *cellules basilaires* et *cellules bordantes*. »

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r G. DUBREUIL.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 Octobre 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY et NOVÉ-JOSSERAND. — Epithelioma et idradénome, *Lyon Médical*, 1892.
- BALZER et MÉNÉTRIER. — Adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu, *Arch. de physiologie*, 1885.
- L. BERNARD. — Du syringo cystadénome, *Thèse*, Paris, 1896-97.
- BESNIER. — Tumeur de la peau, *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1881.
- BROCA. — *Traité des tumeurs*, t. II, 1869.
- BROOKE. — Epithelioma adenoïdes cysticum, *British Journal of dermatology*, 1892.
- CAMPANINI. — Tumeur cysto-épithéliomateuse des glandes sudoripares, *Il policlinico*, Roma, 1897.
- CHAMBARD. — *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1880, p. 727.
- CHANDELUX. — Des tubercules sous-cutanés douloureux, *Arch. de physiologie*, 1882, t. XIV.
- CHRISTOT. — *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 364.
- COLIN. — Cont. à l'ét. des tumeurs des gl. sudoripares, *Thèse*, Paris, 1899-1900.
- COUVY. — Cont. à l'ét. de l'adénome et de l'adéno-épithéliome des gl. sudoripares, *Thèse*, Bordeaux, 1899-1900.

- CORNIL. — Cont. à l'ét. du développement histologique des tumeurs épithéliales, *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1865, pp. 256 et 476.
- CORNIL et RANVIER. — *Ibid.*, 1866, p. 271.
- DARIER. — *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1^{er} mars 1889.
- DEMOUCHY. — De l'épithéliome pavimenteux, *Thèse Paris*, 1887.
- DOMEC. — Cont. à l'ét. clinique des polyadénomes sudoripares à forme maligne, *Gaz. hebd.*, n° 37, 1880, p. 597.
- DUVAL MATHIAS. — *Précis d'histologie*.
- W. DUBREUILH et AUCHÉ. — Kystes graisseux sudoripares, *Archives cliniques de Bordeaux* 1896, pp. 387-400.
- FORDYCE. — Multiple benign cystic epithelioma of the skin. *Journal of cutaneous and venereal diseases*, 1892.
- FUHRER. — *Deutsche Klinik*, 1851.
- GAMBIER. — Contrib. à l'étude des tumeurs cutanées d'origine sudoripare. *Thèse Paris* 1878-79.
- GRYNFELT et AIMES. — Etude histo-pathologique de deux tumeurs des glandes sudoripares. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, févr. 1922.
- HÉNOCQUE et SOUCHON. — *Gaz. hebd.* 1866, p. 310.
- HOGGAN G. et F. E. — *Virchow's Archiv.* LXXXIII, 1881.
- HUMBERT. — *Bull. Soc. anatom.* 1870, p. 294.
- JACQUET. — Epithéliome kystique bénin. *Congrès international de dermatologie*. Paris 1889.
- JACQUET et DARIER. — Idradénomes éruptifs. *Annales de dermatologie*, 1887.
- JOURDAN. — De l'adénome sudoripare *Thèse Paris*, 1872.
- JUPUNOFF. — Cystadenoma sudoriparum. *Thèse Wurtzbourg* 1896.
- KAPOSI et BESNIER. — Lymphangioma tuberosum multiplex. *Arch. für dermat. und phil.* 1892.

- LEBERT. — *Physiologie pathologique* 1845, t. II, p. 9, t. III, p. 189. *Traité prat. des maladies cancéreuses* 1851.
- LEBERT et ROUGET. — *Gaz. méd. de Paris* 1850, p. 722.
- LIÉNAUX. — *Annales de médecine vétérinaire*, avril 1898.
- LE TEINTURIER et LEROY. — *Bull. Soc. anat.* 1867, p. 558.
- LOTZBECK. — *Virchow's Archiv.* xvi, 1859, p. 160.
- MESLAY et COLIN. — Tumeur kystique cutanée : cysto-adénome des gl. sudoripares. *Presse médicale* 1900, p. 38.
- MOLINIER. — *Bull. Soc. anatom.* 1866, p. 304.
- OVION. — *Rev. mens. de méd. et de chir.* 1879, p. 60.
- PERRY. — Adénomes des gl. sudoripares. *Atlas des maladies de la peau*, vol. III.
- PETERSEN. — Adénome sudoripare. *Archiv. für dermat.* 1892.
- PHILIPSON. — Die Beziehungen des Kolloïd Milium, der Kolloïden Degeneration der cutis und der Hydradenom, zu einander. *Monatsch. für prakt. dermat.* 1890, t. XI.
- POLITZER. — Adénome sébacé. *Journal of cutan. and genit. urin. diseases*, 1893.
- QUINQUAUD. — Cellulome épithélial bénin. *Congrès internat. de dermatologie.* Paris 1889.
- REMAK. — *Deutsche Klinik* 1850, N° 16, p. 170.
- RIGAUD. — De l'épithéliome disséminé. *Thèse* Paris 1878.
- RINDFLEISCH. — *Histologie pathologique*, traduction française, p. 339.
- ROBIN. — *Gaz. des Hôpitaux* 1852, pp. 35, 41, 45.
— *Journal de l'anatomie et de la physiologie* 1865.
- ROBINSON. — Papilliferous cyst of a sudoriparous gland of the axilla. *Transactions of the pathological Society.* London 1897, pp. 290, 292.
- TERRIER et LECÈNE. — *Revue de Chirurgie* 1904, p. 161.
- STILLING. — *Deutsche Zeitschur f. Chirurgie* 1877, p. 72.
- THIERFELDER. — Schweissdrusenadenom. *Arch. der Heilk.* Leipzig 1870.

- THIERSCH. — *Der epithelial Krebs*. Leipzig 1865, p. 137.
- TÔRÔK. — Lymphangioma circumscriptum. — Day syringo cystadenom. *Monatshefte für prakt. Dermat.* 1889-1890.
- VERNEUIL. — *Comptes-rendus de la Soc. de biologie* 1854, p. 84
- *Bull. de la Soc. anat.* II, 1857, pp. 9, 27, 35.
- *Gaz. hebdom.* 1857, p. 555.
- *Arch. générales de médecine* 1854, pp. 447, 693.
- WALDEYER. — *Archives de Virchow* 1867, p. 470 et 1872, p. 67.

